

DE LA
HERNIE OBTURATRICE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 Décembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CLAUDIUS BERGER

Né le 9 Juillet 1865, au Mottier (Isère),



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1895



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545927_0032

DE LA
HERNIE OBTURATRICE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 Décembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CLAUDIUS BERGER

Né le 9 Juillet 1865, au Mottier (Isère),



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. Doyen
LÉPINE. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE
Anatomie.		FLORENCE
Anatomie Générale et Histologie.		LORTET
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPPIER.
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. POLLOSSON (Aug.)	MM. BOYER.	MM. DOYEN.
CONDAMIN.	ROCHET.	CURTILLET.	BARRAL.
COURMONT.	ROLLET	VALLAS.	MOREAU.
DEVIC.	ROQUE.	SIRAUD.	CAUSSE, chargé des
DIDELOT.	ROUX.	DURAND.	fonctions d'agrégé.
GANGOLPHE	COLLET.		

M. ÉTIEVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. POLLOSSON (M.), Président; M. PIERRET, Assesseur; MM. ROCHET et VALLAS, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Bien peu ont eu l'occasion d'opérer une hernie obturatrice. Nous pourrions citer beaucoup d'illustres chirurgiens qui ne l'ont jamais vue pendant leur longue carrière magistrale.

Aussi, à cause de cette rareté, à cause du peu de notions que l'on possède sur cette espèce de hernie, avons-nous pensé, sous l'inspiration de M. le professeur agrégé Jaboulay, qui a eu la bonne fortune d'en observer deux cas, faire œuvre utile en contribuant pour notre part, si minime soit-elle, à mieux faire connaître une des plus intéressantes questions de la littérature chirurgicale.

Dans l'étude qui fait l'objet des quelques pages qui suivent, nous ne ferons pas de chapitre spécial sur l'anatomie de la région du trou oval magistralement décrite par M. Poirier dont la monographie est très complète.

Les symptômes à marche plus ou moins insidieuse, le mécanisme plus ou moins controversé que les données anatomiques et pathogéniques ont cependant éclaircis d'un jour nouveau, attireront tout particulièrement notre attention.

Le but que nous nous sommes proposé a été de présenter avec le plus de documents possible l'état actuel de la science sur ce sujet d'origine toute française, en y apportant le moins de lacunes possible.

Nous serons amplement récompensé si nous avons réussi à attirer l'attention sur cette hernie trop oubliée et dont le diagnostic est malheureusement trop souvent fait après coup.

Nous sommes heureux de saisir l'occasion de remercier M. le professeur Pollosson pour la façon courtoise dont il nous a accueilli et la bienveillance qu'il nous a témoignée en nous faisant l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous prions aussi M. le professeur agrégé Jaboulay, qui nous a inspiré le sujet de notre travail et nous a aidé de ses savants conseils, d'accepter nos sincères remerciements.

Notre reconnaissance ne nous permet pas d'oublier nos maîtres de Lyon et d'Alger, et en particulier M. le professeur Rey et M. le D^r Babilée dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne et qui nous ont guidé dans nos études avec la plus grande bienveillance. Nous sommes heureux de leur témoigner notre plus vive gratitude.

Nous remercions notre excellent ami M. Burg pour la complaisance avec laquelle il a mis à notre disposition ses connaissances très complètes en langues étrangères.

Merci enfin à notre excellent ami M. Schnœbelé dont l'habile crayon nous a été gracieusement offert.

DE LA

HERNIE OBTURATRICE

CHAPITRE PREMIER

Historique.

La hernie obturatrice est l'issue des viscères abdominaux dans le canal sous-pubien dont le trajet est susceptible de varier comme dans les autres espèces de hernies. Elle fut désignée successivement sous les noms de hernie ovulaire par Garengot, de hernie sous-pubienne par Bérard et Vinson, de hernie iliaque antérieure par Hesselbach, de hernie thyroïdale par A. Cooper, enfin de hernie obturatrice.

Nous adopterons cette dernière dénomination qui, sans être peut-être la plus exacte, a du moins l'avantage d'être consacrée par l'usage.

Le premier cas de hernie obturatrice fut observé par Arnaud de Ronsil et publié deux ans après par Duverney (en 1724) dans une communication à l'Académie des sciences.

Reneaulme de la Garenne, en 1726, dans son *Essai*

d'un traité des hernies nommées descentes, révoqua en doute la possibilité de la hernie obturatrice.

Mais l'important travail de Lecroissant de Garengéot, en 1743, fit faire un pas à la question ; l'auteur signale tous les cas connus de son temps en y ajoutant deux cas personnels.

Depuis cette époque, l'étude de la hernie obturatrice, d'origine toute française, comme on le voit, a été l'objet d'un grand nombre de travaux qui portent à plus de 170 le nombre des faits de cette nature qui ont été publiés.

Nous ne ferons pas l'historique complet de cette question que le lecteur trouvera partout et en particulier dans la thèse de Pimbet, 1882 et Grünfeld, 1880. Signalons toutefois l'important travail du Dr Sigmund Auerbach (de Francfort) paru en 1890 dans le *Munch. med. Woch.* et surtout la monographie de Picqué et Poirier, la plus complète parue jusqu'à ce jour. L'étude anatomique de la région obturatrice est surtout des plus remarquables et jette un grand jour sur le mécanisme herniaire du trou obturateur (*Revue de chirurgie*, 1891-1892). Enfin, en 1891, Englisch (Sep. Abdr. aus der *Wiener klin. Woch.*) a fait une étude très appliquée de 135 observations parmi lesquelles une prise par l'auteur lui-même.

L'auteur traite avec une profondeur et une exactitude d'analyse très complète l'histoire, l'anatomie pathologique, la thérapeutique de la hernie obturatrice. La division de Fischer fut complètement modifiée par Englisch qui en élargit le cadre avec un soin vraiment teutonique.

CHAPITRE II

Etiologie.

Causes accidentelles. — Dans un certain nombre de cas, les causes manquent absolument ou plutôt sont si peu marquées qu'elles échappent à l'attention et au souvenir des malades.

Les lésions graves débutent d'emblée ou ont été précédées d'une série de manifestations pathologiques qui constituent les commémoratifs de l'affection. Cette absence de cause accidentelle doit être signalée avec soin, car elle rend alors plus difficile le diagnostic d'une lésion dont les signes physiques sont si peu marqués; et c'est dans ces circonstances difficiles qu'abondent les erreurs de diagnostic si fatales aux malades.

Dans d'autres, au contraire, on trouve nettement le mécanisme de l'effort et son intensité; chez la jeune fille d'Eschenbach et chez la malade de Lorinser, c'est pendant qu'elles soulevaient un lourd fardeau; la seconde comparant à une rupture la douleur qu'elle ressentit dans la cuisse gauche; la première, jeune fille de vingt-quatre ans, solidement constituée qui, ayant un jour soulevé un fardeau trop lourd, sentit se former dans la région inférieure de l'abdomen une tumeur du volume à peine d'une noisette. Une autre fois, c'est l'effort violent que fait le malade pour mettre une chaussure (cas de Begin, Sanson, Dupuytren).

La malade de Rosen ressentit les premiers symptômes de son affection pendant qu'elle faisait *ses foins* (probablement en les chargeant). Un léger effort pour déplacer une caisse (cas d'Olivares Santiago), balayer le sol (cas de Lemoine), ou effort de garde-robres (cas de Rottek).

Quelquefois, c'est pendant la marche que se manifestent les premiers symptômes (cas de Roberts et Erischen) ou après un exercice prolongé (cas de Goddhart).

Dans le cas de Chiene, la malade attribue sa hernie au fait d'avoir placé son éventaire sur son côté gauche en l'appliquant sur la crête iliaque.

Dans le cas de Garengéot, la malade fit un faux pas, tomba rudement sur les fesses et sentit à ce moment une douleur très violente en haut de la cuisse droite près de la grande lèvre.

C'est aussi à la suite d'une chute que la hernie se produisit dans les cas de Trélat, Muller et Rogner-Gusenthal (chez ce dernier à la suite d'une chute datant de vingt-cinq ans auparavant).

La bronchite chronique, la toux violente et rebelle déterminèrent la hernie dans les cas de Gerdes, de Jeder et de Borck de Rostock. Il est important de signaler que chez certains malades les accidents apparurent au moment de la suppression d'un bandage appliqué à l'anneau crural ou inguinal.

On comprend aisément les causes d'erreur que ces circonstances spéciales sont susceptibles d'entraîner.

Le malade de M. Joboulay avait eu une hernie inguinale droite, une vingtaine d'années auparavant, hernie soi-disant guérie, probablement par le port d'un bandage. La hernie ancienne se reproduisit, ce qui aurait pu égarer

le diagnostic, d'autant plus que le jour de l'entrée du malade à l'Hôtel-Dieu on sentait moins bien l'anse hernie étranglée dans la partie supérieure du canal inguinal qu'on ne le faisait deux jours auparavant.

Le malade de Herwett portait une hernie dans l'aine gauche depuis sept ans et la contenait habituellement à l'aide d'un bandage.

Quatre jours avant le début des accidents, l'intestin glissa derrière la pelote et se porta en bas, accident qui fut suivi de douleurs intenses dans le ventre. Lors de son entrée, il n'existait pas de tumeur dans l'aine gauche, mais le malade était déjà dans un état grave.

Dans le cas de Tatum, la hernie, ancienne de sept ans, avait glissé au-dessous du bandage trois jours avant le début des accidents.

Causes prédisposantes. — La hernie obturatrice est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

Auerbach donne l'explication suivante pour justifier cette prédisposition du sexe féminin : inclinaison plus grande que présente le bassin chez la femme ; inclinaison grâce à laquelle la poussée des viscères s'exerce presque directement de haut en bas sur le trou sous-pubien. Capacité plus considérable de la cavité pelvienne dans le sexe féminin. Influence des grossesses qui déterminent un relâchement du péritoine et favorisent le glissement de cette membrane sur les plans sous-jacents.

Piqué donne la suivante : Le bassin de l'homme l'emporte sur celui de la femme par la prédominance de ses diamètres verticaux ; le bassin de la femme l'emporte par la prédominance de ses diamètres transversaux. Ova-

laire chez l'homme, le trou sous-pubien mesure en moyenne 5 cm. 1/2 dans son grand diamètre chez l'homme; et 5 centimètres seulement chez la femme; tandis que le diamètre transversal ne dépasse guère 3 cm. 1/2 chez l'homme, chez la femme il dépasse toujours 3 cm. 1/2 et arrive à 4 centimètres dans la moitié des cas. Notons en passant l'orientation de la région par rapport à l'axe vertical du corps qui est importante à considérer: le plan de la région obturatrice fait avec l'horizontale un angle de 25 à 30 degrés. Cette inclinaison permet de comprendre que des hernies sous-pubiennes puissent se former facilement.

Sur les 140 cas que nous avons pu recueillir, nous avons trouvé 118 femmes et 18 hommes, les autres cas ne mentionnant pas le sexe.

Elle est plus fréquente après soixante ans; très rare dans la jeunesse.

Berger cependant cite un exemple chez une jeune fille de moins de deux ans, cette hernie s'était développée rapidement à la suite d'une bronchite.

Eschenbach en a observé une chez une jeune fille de vingt-quatre ans, et chez un jeune homme de vingt ans; Krönlein chez un enfant de douze ans.

Plusieurs auteurs (Koenig en particulier) ont mentionné la couche cellulo graisseuse parfois très épaisse qui double souvent le péritoine au niveau du canal sous-pubien et qui, en s'engageant dans le canal, suffirait pour entraîner le péritoine. L'ascite ne semble pas jouer un rôle important dans la production de la hernie, malgré l'observation de Klinkosch, qui, ayant trouvé chez un jeune homme mort d'hydropisie deux hernies obturatrices,

attribua le relâchement du canal sous-pubien à l'ascite et en fit une cause prédisposante.

Une autre cause prédisposante doit être attribuée à la tension intra-abdominale qui, étant à peu près égale partout, se fait sentir davantage au niveau des orifices naturels.

La maigreur souvent extrême et la faiblesse de la constitution peuvent être rangées comme causes prédisposantes.

Avec MM. Picqué et Poirier, nous appelons l'attention sur une disposition de la couche graisseuse sous-péritonéale dans ses rapports avec la masse graisseuse qui remplit la moitié antérieure du canal sous-pubien. Chez l'homme, la couche graisseuse sous-péritonéale n'existe pas toujours et n'est jamais fort épaisse. Il en est tout autrement chez la femme dont le péritoine pelvien est ordinairement doublé d'une couche graisseuse fort épaisse; or, cette couche graisseuse est en continuité directe avec le lobule graisseux du canal.

Souvent, cette continuité est établie par des tractus cellulux très manifestes, si bien que, lorsqu'on tire le lobule graisseux, saisi avec une pince à l'orifice extrême du canal, le péritoine se déprime plus ou moins profondément.

Ces adhérences expliquent l'entraînement possible du péritoine dans le canal sous-pubien et la préformation du canal herniaire, lorsque la graisse si abondante d'ordinaire, vient à diminuer ou à disparaître.

Ordinairement chez l'homme, ce péritoine n'est point doublé d'une couche graisseuse appréciable, il passe uniformément tendu au devant de l'orifice interne du trou sous-pubien, sans se déprimer à ce niveau, et sa transpa-

rence permet d'apercevoir le nerf et les vaisseaux qui s'engagent dans le canal.

Chez la femme, la partie du péritoine pelvien qui recouvre la face interne de la région obturatrice est beaucoup moins tendue, elle correspond au feuillet antérieur du ligament large ; sa tension varie donc suivant que l'on imprime des mouvements à l'utérus en avant ou en arrière et suivant le volume de cet organe.

Vinson avait trouvé sur 20 cas, qu'elle existait 12 fois à droite et 8 à gauche, et il donnait comme raison de cette plus grande fréquence à droite une explication qui nous paraît par trop théorique : suivant cet auteur, les contractions abdominales s'exercent de haut en bas et ont de la tendance à se produire de gauche à droite, de là la plus grande fréquence des hernies à droite. Nicaise admet lui aussi la plus grande fréquence à droite dans la proportion de 20/16.

Nos statistiques donnent avec celles de Pimbet un résultat tout opposé : la hernie, d'après nos résultats, siégeait plus souvent à gauche dans les 4/5 des cas.

La hernie est quelquefois double, siégeant des deux côtés à la fois.

CHAPITRE III

Symptomatologie.

Il est rare qu'on ait l'occasion d'examiner une hernie obturatrice lorsque celle-ci ne détermine pas d'accidents. Quand la hernie est petite, à son début, lorsqu'elle se forme lentement et graduellement, Rust lui donnait le nom de hernie du trou oval imparfaite, appelant, au contraire, hernie du trou ovale parfaite celle qui, sortie du canal, forme un renflement à la partie interne et supérieure de la cuisse entre la cavité articulaire et le scrotum chez l'homme, et à côté de la partie supérieure des grandes lèvres chez la femme.

Le peu de saillie qu'elle forme l'a fait échapper à l'attention du malade, et l'on rapporte à quelque autre cause les troubles fonctionnels qu'elle détermine ; ceux-ci ne sont pas constants ; ils consistent en crises caractérisées par des coliques vives, des vomissements, des douleurs à la racine de la cuisse qui quelquefois s'irradient dans tout le membre et s'accompagnent d'une sensation d'engourdissement ou de crampes. Ces crises, qui se répètent à intervalles irréguliers, sont suivies d'une période plus ou moins longue pendant laquelle tous les symptômes disparaissent. Un certain nombre des sujets atteints de hernie obturatrice étranglée présentent dans leurs commémoratifs un certain nombre de ces attaques douloureuses.

Picqué pense que les crises douloureuses qui sont attribuées à l'entrée et à la sortie de l'intestin de l'infundibulum ne lui appartiennent pas et relèvent de l'inflammation.

Cette opinion un peu trop exclusive aurait besoin d'être étayée par l'expérience qui, jusqu'à présent, n'a pas donné de résultats concluants à ce sujet. Par sa situation, la hernie obturatrice ne peut donner lieu à une tumeur appréciable que lorsqu'elle atteint un volume assez considérable,

Malheureusement, les cas où elle a été observée dans ces conditions sont relativement rares. Elle peut offrir les dimensions d'une noisette, d'une noix, d'un œuf de pigeon, de poule, selon qu'elle a pénétré plus ou moins en avant à travers les muscles adducteurs.

La tumeur siège à la partie interne et supérieure de la cuisse, au-dessous et en arrière du canal crural, vers l'angle supérieur et interne du triangle de Scarpa, en dehors du scrotum chez l'homme et de la grande lèvre chez la femme.

La saillie qu'elle forme est d'autant plus manifeste qu'elle tend davantage à devenir superficielle; elle se montre alors sous une forme allongée et arrondie et peut descendre jusqu'à la partie moyenne du membre.

On n'observe pas toujours une tumeur herniaire caractérisée, mais quand on la cherche avec quelque attention, on constate l'existence d'une tuméfaction plus ou moins diffuse et toujours profonde, siégeant à la partie interne de la racine de la cuisse dans la région des adducteurs.

Quand on cherche son pédicule, on ne le trouve ni à la région inguinale, ni à la région crurale et le doigt peut suivre dans toute son étendue la branche horizontale du

pubis sans le rencontrer et sans déterminer la douleur caractéristique qui révèle sa présence.

Le malade de Trélat avait la région inguino-crurale un peu plus pleine d'un côté que de l'autre, il fallait les comparer réellement pour voir l'augmentation de volume du côté malade : nulle part il n'y avait de tumeur véritable.

Dans le cas si curieux d'Olivarès Santiago (coexistence avec un lipome d'une hernie obturatrice et sciatique), le volume primitif de la tumeur était celui d'un œuf de pigeon situé à la partie externe et au côté gauche de la vulve.

La tumeur augmenta peu à peu ; au bout de quatre ans, elle avait acquis le volume d'une tête de fœtus à terme ; quand on fit l'opération, la tumeur descendait jusqu'au genou.

Accidents herniaires. — Ces accidents consistent surtout en crises de coliques s'accompagnant de vomissements et de constipation et revenant à intervalles variables : dyspnée, douleurs constrictives pénibles dans l'hypogastre.

Dans le cas de Schmith, les accidents n'inquiétaient pas la malade qui, depuis vingt ans, était, d'après elle, sujette à de semblables crises.

Un des malades de Kröulein souffrait depuis vingt-cinq ans de crampes irradiées au genou et à la jambe. Quelquefois les douleurs manquent absolument, comme dans le cas de Cruveilhier fils.

Dans les cas où la tumeur est très petite, il devient nécessaire de comparer les deux régions symétriques ; mettre le membre dans la flexion et l'adduction légère ; il convient parfois de faire tousser le malade.

Dans les cas où la tuméfaction manque, dans ceux où elle est peu marquée, la douleur, localisée à la pression, acquiert une importance séméiologique d'autant plus grande ; c'est elle seule qui a permis à Trélat et à Szigmondi d'établir le diagnostic.

La sensibilité est développée par la pression en un point correspondant à l'orifice externe du canal sous-pubien au niveau du muscle pectiné. On peut encore la chercher en déprimant les adducteurs dans l'angle que forment la branche horizontale et la branche descendante du pubis.

Aussi, ne saurait-on trop engager à rechercher ce point douloureux qui, à défaut de tumeur, présente une importance presque pathognomonique.

Un signe qui a été mis en évidence récemment par Grünfeld est celui fourni par le toucher vaginal et rectal.

Le toucher vaginal surtout, *per vaginam*, selon l'expression de Gerdes de Jeds, qui s'en est servi avec succès chez la malade dont nous publions plus loin l'observation, fournit des indications précieuses.

L'exploration bimanuelle vaginale et rectale, quand la tumeur n'a pas fait saillie en dehors, est d'un grand secours pour le chirurgien.

L'orifice interne du trou sous-pubien est, en effet, accessible par cette voie et l'on peut, par une pression exercée à son niveau, déterminer une douleur caractéristique, dans certains cas même reconnaître l'existence d'une tumeur (cas de Lorinzes, Gerdes) ou d'une corde tendue (Starch, Picqué) constituée par les viscères et principalement par l'épiploon pénétrant dans le trajet herniaire.

Pour percevoir ce signe, qui, s'il n'est pas constant, nous paraît du moins caractéristique, il sera parfois néces-

saire, comme l'a fait Picqué, d'introduire la main entière dans le vagin.

Werner combina avec une pression externe hypogastrique sur le cordon engagé dans le trou sous-pubien une traction par le vagin dirigée en dedans, en arrière et en haut.

Picqué fut moins heureux que Werner et essaya sans succès cette manœuvre, qui nous paraît plus utile comme moyen de diagnostic que comme manœuvre de taxis dont les inconvénients sont exposés plus loin.

Le symptôme qui a attiré le plus l'attention des cliniciens est le *signe de Romberg*, bien que Wetherfield et Howship l'aient signalé bien avant Romberg qui, cependant, il faut le reconnaître, a eu le mérite de le rendre classique.

Tantôt, les douleurs sourdes et profondes siègent dans les muscles de la région antéro-supérieure de la cuisse et dans les articulations voisines.

Tantôt, c'est une douleur subite avec la sensation de « quelque chose qui s'est glissé sous la cuisse » (Rotteck).

Le plus souvent, cette névralgie se présente sous forme de douleurs lancinantes, d'apparence rhumatismale (cas d'Auerbach), irradiées le long des muscles adducteurs jusqu'au genou, et parfois, jusqu'au pied et au gros orteil. Parfois, les mouvements des adducteurs sont impossibles, il y a paralysie musculaire dans quelques cas ; d'autres fois, c'est une contracture qui est observée. Chaque mouvement, la pression abdominale même, augmente les douleurs éprouvées par le malade. La cuisse reste fléchie et immobile dans certains cas.

Ces phénomènes peuvent être permanents, plus souvent

ils présentent des exacerbations et s'exagèrent par crises ; dans quelques cas, ils paraissent intermittents, revenant à heure fixe pendant plusieurs jours que dure la maladie.

Les douleurs, avons-nous dit plus haut, sont quelquefois très vives, il semble à la malade qu'on lui déchire les muscles ; la malade de Hallowes, qui ressentait une douleur très vive au niveau de la hernie avec irradiation au genou, ne cessait de s'écrier : « Oh ! que je souffre du genou ! »

Auerbach croit que l'existence du signe de Romberg est en rapport avec le volume de la hernie. Nous croyons plutôt (Auerbach d'ailleurs le reconnaît lui-même) qu'il est d'autant plus marqué que le nerf est plus comprimé. Or, c'est plutôt dans les petites hernies, celles surtout de la troisième variété, qui restent incluses dans l'aire du trou sous-pubien, que ce signe se montrera de préférence ; c'est là une circonstance favorable qui pourra guider le chirurgien dans les cas difficiles où la tumeur vient à manquer. Dans ces circonstances, la névralgie du nerf obturateur est pathognomonique, car les cas où elle se produit en dehors de la hernie sont exceptionnels.

La malade de Labbé éprouvait une douleur constante dans la cuisse gauche, du côté antéro-interne du membre ; cette douleur, exaspérée par la pression, était ressentie lors des attaques précédentes.

Le malade de M. Jaboulay fut pris subitement d'une sciatique, en même temps que d'accidents d'étranglement herniaire.

La malade de Gerdes fut prise, dans la nuit, de douleurs si vives et si violentes dans la cuisse droite qu'en dépit d'expériences nombreuses et désagréables qu'elle

avait eues de l'usage de la morphine, elle se fit faire une injection ; ces douleurs s'irradiaient à l'abdomen et au-devant de la cuisse gauche jusqu'au genou.

Dans le cas de Loewenhardt, les mouvements de la cuisse étaient si douloureux que la malade ne pouvait se retourner sans qu'on lui vînt en aide.

Dans le cas de Frantz Guthin, la malade s'était plainte plusieurs fois d'une forte douleur à la partie interne et supérieure de la cuisse gauche.

Chaque fois, la pression exercée sur le point malade amenait la réduction de « quelque chose » dans le ventre et la cessation des douleurs.

Le signe de Romberg n'est pas toujours aussi net ; le malade de Roberts et Erichson, déjà sujet aux douleurs abdominales, se promenait simplement dans sa chambre, lorsque, subitement, il éprouva un affaissement au niveau de l'épigastre suivi d'une douleur dans la région ombilicale ; il eut des nausées et se sentit défaillir.

La douleur s'aggrava rapidement, s'irradiant depuis le point initial jusqu'à l'aîne du côté gauche et la partie interne de la cuisse gauche ; à ce moment, la douleur présentait une intensité telle qu'il était obligé de tenir la cuisse fléchie ; les douleurs s'étaient généralisées, dans la suite, aux régions lombaire gauche et iliaque gauche.

Dans le cas de Romberg, les douleurs survenaient dans le bras gauche et du même côté dans la poitrine.

Le signe de Romberg est pathognomonique, malheureusement il n'est pas constant. Il ne faudrait pas confondre avec lui les douleurs locales qui existent toujours dans la région des adducteurs.

De même aussi, ainsi que le fait remarquer Berger,

la flexion permanente de la cuisse, les douleurs que provoquent les mouvements qui lui sont imprimés, les crampes, l'impotence fonctionnelle des adducteurs résultent plutôt de l'issue de la hernie au centre d'un groupe musculaire dont la tonicité et les contractions retentissent sur elle et qui s'immobilisent pour diminuer le plus possible cette réaction douloureuse.

Le véritable signe de Romberg, les phénomènes douloureux irradiés sur le trajet du nerf obturateur, l'obtusion de la sensibilité dans la région qu'il innerve, peut-être les crampes et un certain degré de parésie musculaire, sont dus à la compression du tronc de ce nerf dans le trajet sous-pubien où il se trouve compris en même temps que le pédicule atteint d'étranglement.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique.

Trajet herniaire. — La hernie traverse, le plus ordinairement, le canal sous-pubien, mais là, comme ailleurs, elle est susceptible de suivre d'autres directions et c'est sur ce point, trop délaissé par les anciens, qu'insistent tout particulièrement les auteurs dont nous publions plus loin les observations.

Seule l'observation de Cloquet, déposée au musée Dupuytren, est citée comme ayant un trajet anormal par les auteurs classiques qui admettent à peine comme possible cette anomalie de trajet. Pimbet cite une observation de Lorinzer, la hernie se faisant jour à travers la membrane obturatrice par une fente longitudinale de la membrane. Fisher admet que la hernie peut faire issue par quatre endroits :

1° Dans le canal sous-pubien ; 2° entre la partie moyenne et supérieure du muscle obturateur externe ; 3° entre les deux membranes obturatrices ; 4° entre la membrane obturatrice externe et l'incision de la cavité cotyloïde.

On n'a pas encore observé de cas de cette dernière variété. La première variété s'explique suffisamment : la hernie s'engage par l'orifice pelvien à travers le trou sous-pubien qu'elle parcourt dans toute son étendue et

vient former tumeur au-devant de l'orifice externe du sac. Le trou sous-pubien est fermé par une aponévrose d'insertion, la membrane obturatrice qui, en bas, est formée par un plan fibreux simple et qui s'insère sur tout le pourtour de ce trou à la face pelvienne des os pubis, ischion qui le limitent.

Cette lame fibreuse donne attache, par ses deux faces opposées, aux muscles obturateurs interne et externe ; vers la partie supérieure du trou sous-pubien, cette membrane inter-osseuse s'épaissit et vient se fixer à la lèvre postéro-interne et pelvienne de la gouttière oblique que présente à ce niveau la face inférieure de la branche horizontale du pubis, tandis qu'une autre lamelle fibreuse, résistante, s'insère à la lèvre antéro-externe ou cotyloïdienne de cette gouttière : c'est la membrane obturatrice externe qui, inférieurement, va se réunir à la membrane obturatrice interne. Il résulte de cette disposition, dont nous ne pouvons mentionner tous les détails, renvoyant au remarquable article de M. Poirier, que la membrane obturatrice, simple en bas, se dédouble vers sa partie supérieure pour se jeter sur les lèvres antérieures et postérieures de la gouttière sous-pubienne et pour compléter, de la sorte, un canal ostéo-fibreux que le nerf et les vaisseaux obturateurs traversent de dehors en dedans, de haut en bas et d'arrière en avant.

C'est ce canal que suivent, dans toute sa longueur, les hernies obturatrices appartenant à la première variété ; elles cheminent immédiatement au-dessous du pubis, entre les membranes obturatrices, depuis l'orifice interne ou pelvien de ce trajet limité par le bord mousse de la gouttière sous-pubienne en haut, et, en bas, par l'arcade

aponévrotique qui donnent attaches aux fibres de l'obturateur interne, jusqu'à son orifice externe qui est formé par le bord antérieur de la gouttière sous-pubienne et par une arcade fibreuse donnant insertion aux faisceaux de l'obturateur externe.

La deuxième variété est certainement plus fréquente qu'on ne l'a supposé jusqu'à présent.

Dans celle-ci, la hernie ne suit plus le canal dans toute son étendue, mais vient faire saillie entre les deux faisceaux supérieur et moyen de l'obturateur externe. Les deux faisceaux de ce muscle sont en effet séparables ; entre eux deux existe un interstice graisseux facile à constater, et le faisceau supérieur est doublé d'une aponévrose mince qui continue la membrane obturatrice externe ; c'est lui qui, né du pubis par une arcade aponévrotique, contribue à limiter l'orifice externe.

Picqué donne une explication très rationnelle de la formation de cette sorte de hernie dont les observations de Hilten, Chiene, Borck, etc., sont des exemples : nerfs et vaisseaux se divisent dans le canal sous-pubien, et de cette bifurcation, naît un deuxième faisceau vasculo-nerveux qui se dirige entre les deux membranes obturatrices et se dégage entre les faisceaux supérieur et moyen de l'obturateur externe. Cette bifurcation crée une nouvelle voie pour les hernies qui, ayant pénétré dans le trajet sous-pubien par son orifice interne, descendent entre les deux faisceaux et arrivent en dehors par l'interstice musculaire en question. Il serait intéressant de savoir la proportion relative des deux premières variétés de hernie, de savoir si la hernie qui traverse les fibres du muscle obturateur les traverse toujours au même endroit.

Malgré une observation de Grünfeld qui pourrait bien rentrer dans la quatrième variété de Fisher (cette hernie passait par un trou de la membrane obturatrice situé en bas, en arrière et en dehors de l'orifice normal), nous manquons de documents pour dire si la hernie peut se faire à travers l'espace qui sépare la portion moyenne de la portion inférieure.

La hernie de la troisième variété est recouverte par le muscle obturateur externe comme celle de la deuxième variété; elles sont probablement descendues entre les deux membranes obturatrices, mais au lieu de se produire à l'extérieur en traversant le muscle obturateur externe, le sac herniaire s'étale entre ce muscle et la membrane obturatrice interne, en profitant de l'interstice qui se trouve normalement occupé par du tissu adipeux.

Voici le criterium de Picqué à ce sujet : Quel que soit l'orifice qui a donné passage à la hernie, dès qu'elle a franchi l'aire du trou obturateur, le sac doit reposer sur le muscle obturateur. Or, le muscle peut être soulevé par le sac au lieu de lui fournir un point d'appui en arrière. Cette particularité ne peut s'expliquer qu'en admettant la troisième variété. La hernie n'est pas sortie, elle est restée entre la membrane obturatrice et le muscle obturateur externe qu'elle refoule en avant. La première observation que nous avons trouvée faisant mention de cette variété de hernie est celle de Vinson (1844); citons encore celles de Romberg, Tatum, etc. Il est des cas mixtes où le sac, tout en sortant par la boutonnière musculaire, reste en partie inclus derrière le muscle obturateur externe (cas de Chiene, de Chassagnac et de Borck que nous publions plus loin).

Quant à la quatrième classe de Fisher, sauf peut-être

le cas de Grünfeld, cité plus haut, elle n'a pas encore été signalée ; elle est tout au moins peu probable parce que les parties avoisinantes sont trop résistantes et le passage trop étroit.

Englisch, dans un travail récent, sur 135 cas de hernies obturatrices, a beaucoup compliqué la classification de ces hernies, en décrivant comme étant d'espèces distinctes certaines dispositions anatomiques anormales du trajet.

En effet, la hernie, dans certains cas, peut effectuer un trajet plus complexe ; l'intéressante observation de Borck de Rostock (voir plus loin l'observation) en est un exemple très instructif sous bien des rapports.

Signalons comme exceptionnelle la disposition observée par Cloquet où la hernie paraissait s'être produite au centre de la membrane obturatrice. Dans le cas de Fiaux, une bride fibreuse très résistante tendue transversalement divisait en deux l'orifice herniaire et en avait déterminé l'étranglement.

Volume du sac. — Généralement petit, il peut varier beaucoup ; le plus souvent il a le volume d'un œuf de poule, d'un gros œuf de pigeon, d'une prune, d'une noisette. Dans certains cas il était impossible à définir et même à dessiner.

Dans un cas de Santiago la tumeur était énorme et descendait jusqu'au genou. Velpeau et Béraud citent le cas d'une religieuse dont la hernie présentait le volume d'une tête d'adulte et occupait la partie interne de la cuisse.

Vinson fait dépendre le volume de la hernie de son mode de formation. Suivant cet auteur, la hernie peut être plus ou moins considérable, quand elle se faisait peu à

peu à la suite de l'irruption plusieurs fois répétée de l'intestin dans son infundibulum ouvert devant lui, mais que toujours le sac était petit quand la hernie venait à se former tout d'un coup.

Cette opinion, critiquée par Pimbet et Picqué, nous paraît rationnelle et les dernières observations semblent plaider en sa faveur ; toutefois, elle ne doit pas être acceptée d'une façon exclusive. Le volume de la hernie dépend, en effet, beaucoup de son siège et conséquemment de ses rapports avec les parties voisines. Ordinairement très petit dans les hernies de la troisième variété, il pourra acquérir dans les autres variétés les dimensions les plus variables. Cependant, ainsi que le fait remarquer Picqué qui tombe dans la théorie de Vinson, d'une façon générale les hernies de force doivent présenter un volume toujours moindre que les hernies de faiblesse où la distension des parties molles s'est produite progressivement et depuis un temps plus ou moins long, et que même dans la troisième variété, le sac est susceptible de prendre des dimensions inusitées, dans le cas où la paroi du sac parvient à tendre le muscle obturateur externe.

Collet. — Il est en rapport avec le trou sous-pubien. Dans la première variété, le collet présente à son extrémité postérieure les dimensions du trou obturateur, l'orifice interne laissant ordinairement pénétrer le petit doigt. Cependant dans le cas d'Heyfelder, il avait 2 centimètres de diamètre. L'extrémité antérieure du collet est généralement enchâssée par le faisceau supérieur du muscle obturateur externe, doublé de l'aponévrose qui continue la membrane obturatrice externe ; dans le reste de son étendue

due, il se trouve en rapport avec la gouttière osseuse du pubis ; en bas et d'arrière en avant : 1° avec l'arcade aponevrotique sur laquelle s'insèrent les fibres de l'obturateur interne, arcade renforcée par l'aponévrose de recouvrement du muscle et l'arcade fibreuse du releveur ; 2° avec l'espace graisseux qui le sépare en avant de l'obturateur externe et où l'intestin peut se loger.

Dans la deuxième variété de hernies, la direction, les rapports et les dimensions du collet sont bien différents. Le collet choisit une direction oblique formant avec le trajet sous-pubien un sinus ouvert en avant. En arrière le collet est toujours en rapport avec l'orifice sous-pubien, mais en avant ce n'est plus avec un canal ostéo-fibreux, mais avec des parties molles que le collet se trouve en rapport : c'est avec l'espace situé entre la membrane obturatrice et le muscle obturateur externe au milieu de la graisse qui occupe cet espace. On comprend que les dimensions du collet paraissent être plus considérables que dans la première variété.

Picqué regrette que les auteurs n'aient pas fait cette distinction qui nous en éclairerait la pathogénie, car il nous eût été important de savoir si le trajet sous-pubien est susceptible de prendre des dimensions inusitées et si les trajets larges dont parlent les auteurs dépendent bien du trajet normal ou du trajet anormal dont il est question en ce moment. L'extrémité antérieure du trajet est formée exclusivement par la boutonnière musculaire dont nous avons déjà parlé. Dans la variété mixte, première et deuxième variété, il existe deux collets entre lesquels Chassaignac, dans son observation, indique l'existence d'un croissant à concavité supérieure.

Nous serons bref sur le collet de la troisième variété, car les détails manquent absolument.

Dans cette troisième variété, le sac est très large sous l'obturateur externe qu'il fait bomber plus ou moins en avant; ses rapports sont exactement les mêmes que ceux du col avec lequel il se confond.

Dans les première et deuxième variétés il en est tout autrement. Au lieu d'être en rapport en avant avec le muscle obturateur externe, c'est sur le muscle au contraire qu'il repose; le muscle obturateur externe se trouve en arrière. La hernie se trouve recouverte par le pectiné et lorsqu'elle augmente de volume, le sac peut s'étendre au-dessous des adducteurs superficiels, remonter même sous le muscle petit adducteur (Cloquet) ou se dégager entre le moyen adducteur et le pectiné et devenir superficielle (Garengeot).

Le plus ordinairement les rapports du sac avec les muscles placés en avant sont lâches et se font par l'intermédiaire du tissu cellulaire au milieu duquel plonge le sac; quelquefois au contraire il existe des adhérences solides (Maréchal, Cooper). En arrière les rapports avec l'obturateur externe sont également lâches et faciles à détacher.

*Rapports du sac herniaire et de son collet
avec les vaisseaux et le nerf obturateurs.*

Ces rapports présentent une grande variabilité due surtout aux anomalies d'origine de l'artère obturatrice. Si l'artère obturatrice, dit Auerbach, vient de l'hypogastrique, elle est plus voisine de la partie inférieure du trou

obturateur ; si elle vient de l'épigastrique, elle se trouve sur la partie supérieure ; on peut voir aussi des branches provenir des deux troncs, et aller vers le trou obturateur et traverser l'orifice séparément ou réunies.

La variété de la hernie joue aussi un grand rôle dans ces rapports sur lesquels les auteurs n'ont pas insisté et sur lesquels cependant von Rogner, Borek et Picqué ont attiré l'attention.

Picqué, après de minutieuses investigations, nous en donne une étude très documentée et d'une importance considérable au point de vue opératoire.

Il est nécessaire, dit cet auteur, que le chirurgien, s'il ne peut prévoir à l'avance la position des vaisseaux au niveau du collet, soit au moins prévenu par l'expérience des faits de la possibilité des rapports qui peut affecter profondément le collet du sac avec ces vaisseaux.

1^{re} Variété. — La disposition presque constante dans cette variété est celle signalée pour la première fois par Cooper : l'artère et le nerf sont situés en arrière du collet du sac et un peu à son côté externe, ce qui tient à ce que le sac herniaire passe, dans la grande majorité des cas, entre le faisceau vasculo-nerveux et la portion osseuse du conduit.

Dans le cas de Trélat, les vaisseaux étaient en dehors et le nerf en dedans : il est évident qu'ici le sac avait dissocié le paquet vasculo-nerveux au lieu de passer franchement au-dessus de lui.

Dans la première observation de Vinson, l'artère obturatrice provient de l'épigastrique, descend derrière la branche horizontale du pubis et arrive au canal par lequel

elle doit sortir ; elle se bifurque et embrasse par ses deux branches (la branche interne est plus volumineuse) la partie supérieure du collet du sac, et un débridement soit en dedans, soit en dehors aurait divisé ces deux branches.

Dans le cas de Picqué, la branche secondaire de bifurcation entourait la partie postérieure et inférieure du col.

2^e *Variété*. — Dans le cas de Hilton, le nerf obturateur passait en dedans du sac ainsi que l'artère.

Dans le cas de Borck de Rostock que nous publions plus loin, le bord inféro-externe du sac était en rapport de dedans en dehors avec la veine, artère, nerf obturateurs.

Dans le cas d'Aüerbach, le nerf est en haut et en dehors ; en dedans du nerf, l'artère obturatrice branche de l'hypogastrique ; à 2 centimètres au-dessus on voit une petite branche émergeant de la partie antérieure de l'hypogastrique et qui passe à la partie supéro-interne du canal.

Dans l'observation de Brünner, les vaisseaux sont en dehors et en haut.

Dans le cas de Scott Long, l'artère obturatrice descend de l'épigastrique et s'enroule du côté interne du sac.

A part l'observation de Borck, dans laquelle le paquet vasculo-nerveux est à la partie inféro-externe du sac, on remarquera la fréquence de la situation du nerf et des vaisseaux en haut et en avant.

3^e *Variété*. — Dans le cas de Rayer, le paquet vasculo-nerveux était à la partie externe du sac.

Dans le cas de Chassaignac, le paquet vasculo-nerveux est en dehors du collet.

Dans celui de Tatum, le nerf était du côté externe du

sac et le collet lui-même était encerclé par une grosse branche de l'artère, qui passait à sa partie supérieure.

En général, réserves faites pour les anomalies, dans la première variété, le sac repose sur les vaisseaux, au contraire, dans la deuxième et la troisième, ces derniers reposent sur le sac.

L'intéressant, c'est que, dans un grand nombre de cas, la bifurcation de l'artère obturatrice embrassait le collet du sac qui se trouvait entouré de la sorte par un cercle artériel plus ou moins complet.

Constitution du sac. — Le sac herniaire est formé par le péritoine qui se déprime en doigt de gant dans le trajet herniaire ; le sac, tapissé extérieurement par le tissu cellulaire sous-péritonéal, s'engage plus ou moins loin dans la gouttière.

Picqué insiste sur ce fait qu'il n'existe que du péritoine au niveau de l'orifice, que lui seul peut être refoulé dans le canal, réfutant ainsi l'idée erronée de Labbé reproduite par Pimbet, à savoir que le péritoine pourrait bien entraîner avec lui le fascia pelvien qui n'existe pas à ce niveau. Si le sac traverse l'orifice antérieur du trajet, il présente donc une paroi exclusivement séreuse ; si, au contraire, le sac appartient à une hernie de la troisième variété, il s'adosse au muscle obturateur externe, qu'il refoule en avant et devient en quelque sorte partie intégrante du sac. Souvent le sac donne insertion à des petites tumeurs plus ou moins enflammées, mais surtout à des pelotons adipeux, dont l'importance pathogénique est considérable. Auerbach a constaté un lipome herniaire.

Dans l'intéressante observation de Gerder de Jeds, le

sac herniaire est remplacé par un peloton graisseux qui n'était pas recouvert par les tissus environnants et se poursuivait en profondeur par une ouverture interne.

Je ne sache pas que cette absence de sac ait été signalée avant l'auteur de l'observation ci-dessus.

La paroi du sac est blanchâtre, de coloration très variable (Borch, von Rogner.).

Tantôt épaisseur remarquable, tantôt minceur extrême.

Parfois l'épiploon entre dans la composition du sac et peut être très abondant (Stanley).

Le sac peut être perforé par sphacèle (Gedermann, Fiaux).

Contenu de la hernie. — Le plus souvent c'est l'intestin grêle que l'on rencontre dans le sac herniaire ; dans 166 cas relevés par Englisch, l'intestin est noté 140 fois. Rarement il s'agit de l'appendice iléo-cæcal (cas de Nicaise), un simple appendice diverticulaire (Lallemand), ou un long appendice épiploïque (Trélat), un paquet d'épiploon aggloméré (Cloquet).

Parfois il n'existe qu'un pincement latéral (Englich), parfois c'est une anse complète avec une portion du mésentère comme dans le cas de Vinson.

La vessie a été signalée 4 fois.

La hernie de la trompe et de l'ovaire présente le plus haut intérêt au point de vue de la formation du sac.

Dans le cas de von Rogner, l'intestin s'engageait avec la trompe et l'ovaire par la gouttière sous-pubienne ; l'utérus est incliné latéralement à droite.

Dans l'observation de Chiene, l'ouverture du sac était ovulaire et mesurait dans son plus grand diamètre un

demi-pouce. Le ligament rond de l'utérus passe en avant pour gagner l'orifice interne de l'anneau inguinal ; l'ovaire est comprimé contre la paroi pelvienne immédiatement près de l'orifice obturateur. Du côté opposé, c'est-à-dire à droite, existait une disposition curieuse : deux sacs se trouvaient placés l'un au-devant de l'autre : un sac antérieur, formé par le péritoine pariétal, vide et situé en avant du ligament rond, admettant l'extrémité du petit doigt, un sac postérieur situé au même point que celui de gauche et présentant la même apparence, admettant le doigt indicateur et renfermant la moitié interne de la trompe correspondante.

Dans l'observation de Picqué, on trouve la présence d'une anse intestinale, de la trompe, d'une partie de son ligament et de l'épiploon.

Brünner relate une hernie dans le sac de laquelle il trouva non seulement l'ovaire et la trompe, mais l'utérus occupant le sac en totalité, et cependant la malade était accouchée normalement trois fois.

Brünner pense que le mécanisme est le même que celui de la trompe.

Une disposition que l'on rencontre fréquemment et dont l'importance est extrême, c'est l'adhérence de l'intestin aux parois voisines qui donne à la clinique et à la thérapeutique des particularités diverses.

Complications. — La complication la plus fréquente est la péritonite, surtout la péritonite herniaire.

Notons la coïncidence assez fréquente d'autres hernies : dans les cas de Cruveilhier père, Josse, Roeser, il y avait double hernie obturatrice ; dans celui de Chiene, une

hernie obturatrice à gauche et deux autres hernies sous-pubiennes à droite.

Physiologie pathogénique. — Avec Reneaulme de Lagarenne, Follin et Duplay, Picqué, nous adopterons la théorie mécanique, la hernie exigeant toujours la mise en action de la pression viscérale qui ne peut avoir d'effet que sur des points anatomiques faibles, mais dont le degré peut être élevé, quand le point anatomique a été affaibli par une cause accidentelle.

Les anciens auteurs ont fait jouer un grand rôle à l'infundibulum. Certes, l'infundibulum existe fréquemment chez le vieillard; nous l'avons observé un certain nombre de fois.

Josse d'Amiens, Roeser, Grünfel, etc., l'ont constaté dans leurs observations.

Contrairement à Vinson et à Nicaise, nous pensons avec Josse et Picqué que souvent l'on a affaire à un sac vide, analogue à celui que l'on retrouve dans d'autres régions, et qui est momentanément déshabité sous l'influence de causes diverses.

Pimbet et Auerbach expliquent la rentrée et la sortie de l'intestin par les troubles fonctionnels que présentent par moment les malades.

D'après Picqué, ces accidents sont bien plutôt le résultat de péritonite herniaire qui n'ont rien affaire avec le déplacement intestinal.

Le trou sous-pubien est un point faible par sa position déclive et par sa constitution; sa faiblesse augmente chez la femme à cause de ses plus grandes dimensions. Le péritoine est moins tendu et y est doublé d'une graisse en continuité avec le lobule graisseux du canal. La résorp-

tion de la graisse sous-péritonéale, la disparition du lobule graisseux affaiblissent accidentellement et davantage encore le point naturellement faible. Scott-Long invoque également l'atrophie du muscle obturateur externe. Non seulement la résistance est affaiblie, mais encore il se produit par cette résorption une amorce, une dépression facilement constatée chez certains sujets. La théorie de Cloquet, qui pense que le lipome sous-péritonéal est capable d'amener la production du sac, a quelques partisans à l'étranger. Auerbach entre autres, ayant trouvé dans son cas, sur la face externe du sac, de petits lipomes, admet que ce sont eux qui dilatent l'orifice et favorisent la production de la hernie.

Grünfeld dans sa thèse, tout en reconnaissant la possibilité des hernies brusques, pensait que la hernie obturatrice se formait lentement.

Nous croyons que c'est plutôt la disparition du lipome que sa présence qui amène non la production du sac, mais une dépression qui peut conduire à ce résultat quand intervient la pression des viscères. Trélat constatant la fréquence de la hernie obturatrice chez les gens maigres, déclarait qu'il avait grande tendance à croire que les hernies obturatrices n'étaient pas possibles chez les individus gras dont le tissu cellulo-adipeux sous-péritonéal constitue une barrière solide.

Cette opinion est trop exclusive. Plusieurs cas et celui d'Auerbach qui était particulièrement gras en atténuent la plus grande partie de sa valeur.

Citons l'influence de l'ascite, du prolapsus utérin vaginal, péritonéal (Auerbach).

La coexistence assez fréquente d'autres hernies semble

faire jouer un rôle considérable à l'entéroptose et à l'affaiblissement de la paroi abdominale.

Piqué, s'appuyant sur le glissement péritonéal favorisé par l'existence entre la séreuse et le *fascia propria* d'une couche de tissu lamelleux lâche, donne l'explication suivante sur la formation du sac quand ce dernier renferme la trompe et l'ovaire : le plus souvent, dit-il, le sac de formation pariétale a reçu dans son milieu, l'ovaire et la trompe herniés, entraînant avec eux, comme l'intestin son mésentère, une partie du ligament large qui est devenu un deuxième sac invaginé, qui, lui-même avait pu recevoir une anse d'intestin.

Mais cette explication ne saurait, il est vrai, convenir à tous les cas. Force est donc d'avoir recours aux données anatomiques pour expliquer un certain nombre de cas. Le ligament rond décrit parfois, avant de se rendre à l'auneau inguinal, une courbe tellement accusée qu'il devient tangent au côté interne de l'orifice pelvien du trou sous-pubien, dans certains cas il se met en rapport avec sa partie supérieure.

On comprend, dans ces conditions-là, que, si le péritoine parvient à s'introduire dans le calibre du trou sous-pubien, la traction exercée de ce fait sur le ligament rond détermine le glissement des feuillets antérieurs du ligament large qui entrera dès lors pour une part plus ou moins grande dans la constitution du sac. Un grand rôle est dévolu, d'après Piqué, à l'inflammation, à la péritonite herniaire, dans le mécanisme de la hernie obturatrice. Si l'inflammation peut aussi bien se montrer dans les entérocéles petites que dans les épiplocèles, si elle n'a pas besoin pour se caractériser cliniquement d'aboutir à

l'étranglement secondaire, peut-on conclure avec Picqué, de ce que ces accidents se terminent par une résolution spontanée qu'il s'agisse d'accidents de péritonite herniaire et non d'étranglement véritable ?

Berger ne le pense pas : l'étranglement, dit cet auteur, n'est pas toujours complet d'emblée; l'ouverture inflammatoire qu'il détermine dans la hernie est le plus souvent nécessaire pour l'amener à l'état d'étranglement définitif et pour déterminer et conduire à leur terme les lésions qui menacent la totalité de l'intestin. Bien des étranglements, dans les premières heures, peuvent rétrocéder spontanément ou sous l'influence de pression peu intense et d'autres moyens simples : ce n'en sont pas moins des étranglements au début.

Picqué à l'appui de son opinion avance : 1° que, dans un certain nombre de cas, on n'a pas trouvé de constriction véritable au niveau du pédicule de la hernie; 2° que les lésions observées étaient celles de la péritonite herniaire.

L'absence d'agent constricteur s'explique par la profondeur du trajet herniaire qui rend toute constatation anatomique précise très difficile au cours même de l'opération et par ce fait que la constriction paraît beaucoup moins étroite à partir du moment où les lésions graves dont il est atteint ont fait diminuer l'intestin de volume au niveau du contour de la portion serrée.

Le premier argument de Picqué a peu de valeur puisque la plupart des lésions qu'on trouve dans toute hernie étranglée dépendent plus encore de l'inflammation que de la suspension de la vitalité produite par la constriction que subit l'intestin. Dans la première variété, l'étranglement peut siéger à l'un des deux orifices normaux du trajet

sous-pubien et il n'est pas possible le plus souvent de savoir exactement celui qui est directement l'agent de l'étranglement.

Dans un cas de Fiaux, une bride fibreuse divisant le collet avait déterminé l'étranglement.

Le plus ordinairement les brides fibreuses qui limitent en bas l'un et l'autre des orifices du trajet sous-pubien constituent l'agent de constriction.

Dans la hernie de la deuxième variété, la boutonnière musculaire qui entoure le collet de la hernie peut intervenir efficacement au même titre que les éléments fibreux qui peuvent l'entourer.

L'étranglement dans ces deux premières variétés peut être double et se faire au niveau des deux orifices.

Dans la troisième variété, l'étranglement ne peut se produire qu'à l'orifice pelvien.

L'anse intestinale étranglée offre ordinairement les lésions suivantes : sillon permanent, adhérences récentes de l'intestin avec le sac, perforation, gangrène du sac.

CHAPITRE V

Diagnostic.

Nous ne connaissons pas de hernie dont l'étranglement ait été plus souvent méconnu que la hernie obturatrice : cela tient non seulement au siège profond du déplacement intestinal qui ne constitue pas toujours une tumeur appréciable à la vue ou à la palpation, mais à la forme atténuée et fruste sous laquelle se présentent, dans bon nombre de cas, les accidents.

Pendant longtemps, elle n'a été qu'une découverte opératoire, une trouvaille d'autopsie ; on croyait opérer un étranglement interne et l'on se trouvait en présence d'une hernie. Lorsque la hernie est réductible, qu'elle n'est pas le siège d'accidents sérieux, il est rare que l'attention du chirurgien soit attirée sur son existence. Le diagnostic peut néanmoins être fait dans ces conditions, ainsi que le prouve l'observation de Malaval, rapportée par Garengéot.

La présence à la région des adducteurs d'une tumeur profonde, mal circonscrite, réductible, communiquant à la main de l'impulsion dans les efforts, ne pourra guère être confondue qu'avec une hernie voisine, un abcès migrant, venant de la cavité pelvienne ou quelques varices des gros troncs veineux de la région. Nous n'insisterons pas sur le diagnostic différentiel de la hernie avec l'abcès et les varices, il est des plus faciles.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une hernie siégeant dans cette région, il reste à savoir si on a affaire à une hernie obturatrice, à une hernie crurale, ou à une hernie périnéale.

Ce n'est qu'en recherchant attentivement le pédicule de la hernie, qu'en explorant le trajet herniaire, lorsque la réduction est effectuée, qu'on pourra se faire une juste idée de la variété de hernie à laquelle on a affaire.

La hernie crurale a son pédicule et son trajet au-dessus de la branche horizontale du pubis au côté interne des vaisseaux.

La hernie périnéale, chez la femme, fait saillie soit à la partie moyenne de la grande lèvre, soit par le détroit inférieur du bassin, et peut, par l'exploration vaginale, montrer son trajet qui contourne la face interne de la branche ischio-pubienne.

Dans la hernie obturatrice, le doigt déprime le pectiné et constate que l'orifice herniaire est situé dans l'angle que font la branche horizontale et la branche descendante du pubis.

Mais on se trouve le plus souvent en présence du cas suivant : des phénomènes d'occlusion intestinale existent, s'agit-il d'un étranglement interne ou herniaire ? La tumeur herniaire peut être méconnue quand la hernie dépasse à peine le niveau du trajet sous-pubien.

En pareil cas, les accidents qu'on observe sont le plus souvent rapportés à l'existence d'un étranglement interne. Aussi, avant de conclure à l'existence d'une occlusion intestinale ayant son siège dans l'intérieur même de l'abdomen, doit-on rechercher avec le plus grand soin tous les caractères qui peuvent révéler l'existence d'une hernie

obturatrice; un gonflement même peu marqué de la région des adducteurs peut mettre sur la voie; le toucher vaginal, la sensibilité développée par la pression au niveau du trou sous-pubien, le signe de Romberg, ont une importance capitale. Il ne faudrait pas cependant croire infail-
lible le signe de Romberg : témoin le fait de Krönlein dans lequel la névralgie obturatrice dépendait d'une sup-
puration pelvienne.

Le signe de Romberg a une valeur considérable, mais il n'est pas absolument pathognomonique. L'hystérie, le rhumatisme des névralgies réflexes du nerf obturateur peuvent donner lieu à des douleurs irradiées à la partie interne de la cuisse.

Olshausen signale dans la paramétrite, la névralgie du fémoro-cutané et du crural, ce qui peut induire en erreur.

Citons en passant quelques erreurs plus ou moins étranges et dont la connaissance mettra en garde contre leur retour.

Marchal prit une hernie étranglée pour une néphrite. La malade de Romberg fut traitée d'abord pour une simple névralgie.

Dans le cas de Marie, la tumeur de la grande lèvre fut prise pour un abcès.

Olivarès, dans son cas, avait d'abord songé à une inversion utérine, puis finit par se prononcer pour un lipome.

Dans le cas de Rotteck, la tumeur simulait un ganglion lymphatique induré ou une varice; cependant l'existence d'un point douloureux derrière la branche horizontale devrait permettre dans des cas analogues d'éviter l'erreur.

Dans le cas rapporté par Begin et Sanson, la tumeur

fut prise successivement pour une hernie crurale, une dilatation variqueuse, un anévrysme.

Inutile de dire que l'erreur inverse peut être commise. On évitera ces erreurs trop fréquemment commises de croire à l'existence d'une hernie inguinale, adénite, abcès du muscle pectiné, hernie crurale, quand on pensera à la hernie obturatrice, qu'on en examinera attentivement le siège et la nature.

Une difficulté bien plus grande est la coexistence de plusieurs hernies (cas de M. Jaboulay); aussi, devant la persistance des accidents, conseillons-nous, comme principe et le meilleur moyen d'éviter l'erreur, l'intervention à plus bref délai. Il est plus facile de confondre les deux hernies crurale et obturatrice. Cependant leur diagnostic différentiel, déjà étudié par Loisen, a été très bien établi par Picqué. Elles sont séparées par la branche horizontale du pubis; la hernie obturatrice est plus en bas et en dedans, et comme elle est recouverte par les muscles et plus profonde, elle n'est jamais pédiculée, et ne prend pas la direction de la hernie crurale vers l'anneau crural. D'ailleurs le symptôme de Romberg n'existe que dans la hernie obturatrice.

Dans la variété de hernie crurale dite pectinéale, le sac a traversé les fibres du muscle pectiné, d'où diagnostic presque impossible.

Le toucher vaginal peut dans ce diagnostic différentiel rendre d'immenses services.

S'il est des cas où le signe de Romberg peut manquer, il est d'autres affections étrangères à la hernie qui peuvent lui donner naissance.

Nous avons déjà cité le cas de Krönlein où un abcès

pelvien déterminait une douleur sur le trajet du nerf obturateur ; chez le malade de Romberg, la coexistence de douleurs dans le bras gauche avait tout d'abord fait penser à une névralgie.

Une autre malade souffrait de névralgies dues au mal de Pott ; elle présentait des douleurs intenses dans la cuisse gauche, et une petite tumeur rénitente dans la région obturatrice.

La sensibilité au niveau des orifices interne et externe du trou sous-pubien nous semble un signe caractéristique. Aussi ne saurions-nous trop recommander le toucher vaginal et rectal. L'histoire du malade, un examen approfondi et complet, la possibilité d'un étranglement par le trou sous-pubien permettront presque toujours de faire le diagnostic.

CHAPITRE VI

Pronostic.

La gravité du pronostic dépend du diagnostic plus ou moins précoce et du traitement. Les cas où il pourrait être bénin sont ceux où il n'existe pas d'étranglement, ou du moins où l'étranglement est récent; malheureusement jusqu'à présent ces cas passent inaperçus.

Pimbet, se basant sur les moyens que l'on a pour maintenir réduite la hernie sous-pubienne, moyens qui sont, il est vrai, malheureusement trop défectueux, accorde peu d'importance au diagnostic fait, dès le début, au point de vue du pronostic. Cette opinion pessimiste tient surtout à ce que trop souvent on s'est laissé imposer par la résolution spontanée qui survient à la suite de crises, on se persuade trop aisément qu'il ne s'agit que d'une poussée inflammatoire. On se borne aux taxis, on oublie qu'on a affaire à des degrés plus ou moins graves d'étranglement.

Souvent, dans les cas où le diagnostic a été fait et l'opération tentée, les lésions intestinales étaient déjà trop avancées pour que l'on eût l'espoir d'une réussite malgré que l'opération eût été faite avec succès (cas de M. Jaboulay).

Le pronostic s'améliore beaucoup quand, la hernie reconnue, on la traite le plus tôt possible par l'opération, qu'il s'agisse d'étranglement, dont elle est le siège ou de prévenir l'explosion d'accidents en pratiquant la cure radicale.

CHAPITRE VII

Traitement.

Nous ne nous étendrons pas sur l'étude du taxis aujourd'hui abandonné, bien qu'il ait à son actif un certain nombre de succès; témoin le cas de Garengéot. Voici le manuel opératoire de ce chirurgien : Il fait élever le bassin, écarter et fléchir les cuisses de manière que les intestins soient sollicités par leur poids à se reporter vers le diaphragme.

Le taxis, dit Picqué, ne doit servir qu'à reconnaître l'irréductibilité, c'est-à-dire le diagnostic dans le cas d'étranglement.

A la suite de réduction, la contention par un bandage est d'ailleurs absolument illusoire; aussi, le retour des accidents sous une forme plus grave a-t-il été fréquemment observé à la suite de réduction survenue spontanément ou obtenue par le taxis : l'observation de Picqué en est un exemple frappant.

Aux rares partisans du taxis, nous conseillerons la méthode d'Auerbach : faire le taxis sous le chloroforme en levant le siège et en plaçant les jambes dans une légère abduction. Un aide presse de dedans en dehors et d'avant en arrière dans la direction du trou sous-pubien, l'opérateur a la main gauche sur la branche horizontale du pubis, et deux ou trois doigts de la main droite dans le

vagin ou le rectum pour faire une traction en dedans et en haut.

Si la hernie réduite n'est pas compliquée d'accidents, on pourra appliquer un bandage dont le maintien est difficile à cause des déplacements des muscles adducteurs. Le meilleur est celui de Bourgeaud qui consiste dans un caleçon de bain avec ballon à air en caoutchouc. Le professeur Englisch a fait fabriquer un bandage appelé à rendre de grands services.

Mais, nous ne saurions trop le répéter, toute hernie étranglée et compliquée d'accidents herniaires doit subir une intervention sanglante.

La kélotomie ne présente pas de grandes difficultés. Dans une statistique récente, Englisch réunit 23 cas de kélotomie avec 10 succès et 13 morts.

Si les résultats ne sont pas meilleurs, il faut accuser l'époque tardive à laquelle le diagnostic a pu être fait, à l'âge avancé d'un grand nombre de personnes. La laparotomie, qu'elle soit faite sur la ligne blanche ou parallèlement à l'arcade crurale, suivant la ligne de Nélaton, ne doit être employée que dans les cas où quelque cause particulière empêcherait d'opérer par la voie crurale ou qu'une erreur de diagnostic aurait fait croire à un étranglement interne.

Lorsque le taxis échoue et avant d'opérer, Hilten conseille le mercure en nature, celui-ci agissant par son propre poids, pourrait dégager l'intestin fourvoyé dans le canal sous-pubien.

Lassus et Velpeau ont considéré comme impraticable l'opération de la hernie obturatrice étranglée, objectant la profondeur à laquelle la hernie était située, l'épaisseur

de la couche musculaire qui la recouvre, la difficulté du diagnostic et le danger qu'il y aurait de blesser l'artère obturatrice et l'artère fémorale.

D'autres auteurs, au contraire, Chelius, Cloquet, Dupuytren, Cruveilhier, non seulement la considérèrent comme possible, mais en fixèrent même les règles. Malaval fut le premier qui eut, au siècle dernier, l'idée d'appliquer la cure radicale à une hernie obturatrice qui n'était pas étranglée.

Cruveilhier, Schmith ont indiqué des méthodes opératoires, Trélat indiquait dans son cours, à la Faculté de médecine, la marche à suivre en présence d'une hernie obturatrice étranglée.

1° Faire à 25 millimètres en dedans de l'artère fémorale et parallèlement à cette artère une incision de 5 à 6 centimètres de long; on arrive ainsi sur l'aponévrose pectinée sans rencontrer ni ganglions ni vaisseaux;

2° Pénétrer successivement avec une sonde cannelée dans les interstices qui séparent le pectiné du premier puis du deuxième adducteur;

3° Couper, au cas où cela serait nécessaire, quelques-unes des fibres du pectiné, mais en ayant soin que la section porte sur l'insertion supérieure et non sur le corps du muscle;

4° Explorer avec le doigt la région obturatrice;

5° Le sac découvert, rechercher avec soin la position du nerf et des vaisseaux.

6° Opérer, s'il y a lieu, le débridement, en se rappelant que c'est la membrane obturatrice qui forme l'obstacle et qu'elle doit être incisée très légèrement en un point quelconque, selon la position des vaisseaux, mais principalement en bas.

Procédé de Piqué.

A. *Sujet maigre.* — 1° Incision sur le grand adducteur, dans une étendue de 7 à 9 centimètres ;

2° Le grand adducteur est récliné en dehors, on arrive de suite sur le muscle pectiné dont il suffit de repousser légèrement le bord interne en dehors. Le trou sous-pubien se trouve facilement mis à nu, ainsi que le sac herniaire.

B. *Sujet gras.* — L'incision se fait comme précédemment, mais dans le deuxième temps le grand adducteur est récliné en dedans ; on cherche l'interstice du grand adducteur et du pectiné ; si le pectiné ne cède pas suffisamment, il sera nécessaire de le désinsérer avec précaution à son insertion supérieure.

Englisch recommande une incision longitudinale faite entre le tubercule du pubis et les gros vaisseaux de la cuisse, du ligament de Poupart parallèle à l'axe de la cuisse dans une longueur de 10 à 12 centimètres. Des incisions auxiliaires perpendiculaires à l'incision longitudinale sont souvent nécessaires.

Rotteck, Trélat, Zsigmondy (Vienne) n'ouvrirent pas le sac et leurs malades succombèrent ; il faut donc ouvrir le sac dans tous les cas. Cette manœuvre, qui ne peut d'aucune façon aggraver le pronostic, permet de se rendre un compte exact des lésions intestinales, et, en l'absence de lésions, facilite la désinfection du sac et met le malade à l'abri de poussées ultérieures de péritonite herniaire. Après l'ouverture du sac, on essaiera d'élargir l'anneau herniaire avec le doigt ; si on ne peut y parvenir, on

pratiquera des débridements multiples, tout en ménageant les vaisseaux.

Berger insiste beaucoup sur les deux points suivants : relever fortement le bassin du sujet, afin de diminuer l'obliquité du trou ovalaire et d'amener le plus possible au jour l'orifice du canal sous-pubien.

L'incision des parties molles qui sera faite de préférence sur le bord interne du pectiné, doit avoir des dimensions suffisantes pour découvrir librement les parties profondes : l'opération doit se faire entièrement à découvert.

Enfin, après la réduction de l'intestin, on extirpera le sac suivant la pratique de Schmit et l'on fera la suture de l'orifice herniaire selon le procédé de Czerny, afin d'éviter les récidives fréquentes.

Tous les malades opérés par la voie abdominale ont succombé.

Aussi, malgré Lawson Tait qui a, paraît-il, obtenu une expérience aussi vaste que variée des hernies étranglées et non étranglées et proposa, il y a quelque temps, la substitution de la section abdominale à l'incision directe de la tumeur dans l'opération de la hernie étranglée et dans celle de la cure radicale (pour lui les notions anatomiques appliquées aux hernies ne sont pas seulement inutiles, elles sont nuisibles), nous prévaudrons-nous des chiffres réunis par Auerbach et Englisch ? Sur 25 cas traités par l'incision fémorale, il y a eu 11 guérisons et 14 morts ; 3 cas traités par la laparotomie se sont terminés tous les 3 par la mort.

Si l'on songe aux dangers qu'il y aurait à faire rentrer dans le ventre, par une traction exercée de l'intérieur, une anse intestinale dont on ignore le degré d'altération

et de solidité, à laisser refluer dans la cavité abdominale les liquides contenus dans le sac et dont les recherches récentes nous ont fait connaître les altérations septiques précoces, si l'on songe à la difficulté, à l'impossibilité même de pratiquer l'extirpation du sac et une bonne oblitération du trajet herniaire par la suture en se servant de cette voie, on restera convaincu que c'est à l'opération par la méthode ancienne à l'incision directe de la tumeur au niveau de la partie supérieure de la cuisse qu'il faut avoir recours dans tous les cas où le diagnostic a pu être posé avec certitude.

Pour éviter la lésion des vaisseaux artériels, dont on ne peut prévoir avec certitude la situation exacte, il faut faire un examen anatomique sérieux de la région, proscrire les débridements cachés, il faut, par des incisions extérieures suffisantes, se donner tout le jour nécessaire pour voir les parties que l'on sectionne et que, si la profondeur de l'orifice du canal sous-pubien ne permet pas d'agir de la sorte, on doit se borner à entamer très légèrement, vers la partie inférieure, le contour fibreux duquel dépend l'étranglement; puis, au moyen d'un crochet mousse qu'on glisse à la faveur d'un débridement très ménagé, on doit chercher à dilater l'agent de l'étranglement assez pour permettre la réduction de l'intestin ou de tout autre organe hernié.

Malgré les critiques que nous avons dirigées contre la laparotomie, malgré la faveur presque exclusive que nous avons accordée à l'incision au lieu d'élection de la hernie, il est juste de reconnaître que la situation profonde de la hernie, l'incision du sac herniaire, en bas et en avant, très incertaine, dans un champ opératoire peu

favorable par ses rapports anatomiques, l'orifice généralement très étroit, etc., donnent à considérer si l'on ne doit pas, pour avoir un aperçu clair et plus sûr, faire une laparotomie même avec un diagnostic certain, d'autant plus que la méthode de mettre le bassin très haut facilite essentiellement la manipulation. Par ce moyen, on pourrait aussi explorer le foramen obturateur situé de l'autre côté de la hernie.

Dans les cas de hernies gangreneuses, il est préférable, d'après les expériences acquises jusqu'aujourd'hui, de faire un anus contre nature.

CHAPITRE VIII

Observations.

OBSERVATION I (communiquée par M. Jaboulay).

Femme de soixante ans. Symptômes d'étranglement interne, vomissements fécaloïdes.

L'exploration de l'abdomen et des orifices naturels ou superficiels par où se produisent les hernies donne un résultat négatif.

Le 30 avril 1889, M. le Dr Jaboulay fait une incision de l'abdomen suivant la ligne de l'entérotomie, de Nélaton, pour cas de pseudo-étranglements internes. Par l'ouverture, M. Jaboulay attire les anses de l'intestin grêle et gros qui toutes sont affaissées, flasques, et dont celles du gros intestin présentent quelques scisselles.

Le doigt promené dans l'abdomen ne sent rien d'anormal. Aussi le chirurgien le referme sans faire de fistule stercorale.

Peu de temps après la malade meurt.

A l'autopsie, l'intestin grêle est pris sur sa partie moyenne, pincé au deux tiers de l'anse; le sac herniaire est à droite, le nerf en dehors du sac, à gauche de ce dernier, l'orifice supérieur du canal obturateur se produisant comme une pointe.

OBSERVATION II (communiquée par M. Jaboulay).

B... J., âgé de soixante ans, demeurant à Vezeronce (Isère), aurait été atteint, il y a une vingtaine d'années, d'une hernie

inguinale droite, que lui-même et son médecin ont cru guérie au bout d'un certain temps.

Dans la nuit du vendredi 19 au samedi 20 juillet 1895, il a été pris d'une sciatique en même temps que d'accidents d'étranglement intestinal (il y a quarante-huit heures, par conséquent).

Le 21 au matin, résistance aux purgatifs par la bouche et le rectum, à midi, vomissements fécaloïdes.

La hernie ancienne s'est reproduite, il y a deux jours on sentait beaucoup mieux l'anse herniée étranglée dans la partie supérieure qu'on ne le fait aujourd'hui.

21 juillet, 2 heures du soir. — M. le Dr Jaboulay, chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu, appelé pour opérer le malade qui avait été transporté à Lyon, constate une hernie obturatrice et confirme le diagnostic du Dr Hugonard, médecin du malade.

Ce dernier, en effet, avait eu des douleurs à la cuisse droite, deux ou trois jours avant, signe de Romberg, et présentait actuellement tous les symptômes d'un étranglement interne.

M. le Dr Jaboulay, craignant probablement quelques complications, n'intervint pas directement et fit la laparotomie médiane.

Le péritoine était rouge, une anse d'intestin grêle distendue, puis une corde simulant une bride, c'était l'ouraque, le péritoine ayant été distendu par devant elle et formant de gauche à droite une avant-cavité limitée en arrière par cette bride qui semblait jouer un rôle dans l'étranglement.

Eviscération de l'intestin grêle : au cours de cette manœuvre, le mésentère montre deux noyaux caséux, l'un gros comme un pois, l'autre comme une noisette ; ce sont des ganglions caséux (reliquat d'une vieille tuberculose).

L'éviscération d'anses rouges de l'intestin grêle étant complète, le cæcum apparaît vide et blanc ; une anse d'intestin grêle est adhérente à l'excavation pelvienne en avant ; elle est engagée dans le trou obturateur droit, d'où des tractions l'ont dégagée. C'est un étranglement complet total de l'anse entière.

Massage de l'anse, réintégration de la masse intestinale éviscérée. Suture et lavage de l'estomac. Mort ultérieure par suite de complications. L'autopsie n'a pas été faite.

OBSERVATION III (*Deutsche med. Wöchenschrift*).

(D^r Gerdes de Jeder, Leipzig, in 13 avril 1895, XXV, 83.)

Femme B..., soixante sept ans, malade depuis le commencement d'avril 1881, d'une bronchite catarrhale très incommode par ses quintes de toux.

Le traitement établi auquel était joint une faible dose de morphine provoque une vive indisposition et des vomissements déterminant la malade à demander si c'était la morphine qui avait provoqué chez elle des accidents aussi pénibles.

Dans la nuit du 1^{er} au 2 mai survinrent des douleurs très vives dans la cuisse droite, et si violentes que la malade, en dépit d'expériences nombreuses et désagréables qu'elle avait eues de l'usage de la morphine, se fit une injection.

La douleur fut alors moins vive, mais persista cependant la tendance aux vomissements.

Le 3 mai au soir, la douleur augmenta dans l'abdomen, s'irradiant tout le long de la partie antérieure de la cuisse gauche jusqu'au genou. Une pression tout au haut de la face interne au niveau des gros vaisseaux de la cuisse augmentait la douleur. De plus, de temps à autre survenaient des vomissements. On fit alors le toucher vaginal.

Dans la région du trou obturateur, le doigt explorateur rencontre une tumeur élastique au toucher et extérieurement douloureuse. Cela pouvait être pris très vraisemblablement pour une hernie obturatrice étranglée. Le 4 mai au matin, la cure radicale fut tentée; dans la région des insertions du pectiné, était une tumeur visible à l'œil nu. Un doigt fut placé sur la branche horizontale du pubis; une incision transversale de 6 centimètres de long divisa la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

Un peloton graisseux se présente alors et se laisse facilement détacher par une traction légère une fois saisi entre les mors d'une pince; ce peloton adipeux n'était pas recouvert par les tissus environnants et se poursuivait en profondeur par une ouverture interne. On excise ce peloton graisseux.

Après avoir libéré le pectiné, ce qui ne découvrit pas la veine grande saphène, on l'incisa dans toute sa largeur. A l'extrémité externe de l'incision, le doigt trouva une tumeur élastique, recouverte par un tissu lâche. Après l'écartement de ce tissu, on vit que la tumeur était composée d'une anse intestinale d'au moins 2 pouces de long.

On ne trouva pas de sac herniaire.

On fit de nouveau une incision plus profonde, et après avoir libéré à la main quelques adhérences, il fut possible de réduire la hernie sous la membrane obturatrice. La douleur céda complètement après l'opération. L'état général laissa beaucoup à désirer à cause du catarrhe des branches concomitant qui enlevait à la malade le repos qui lui était nécessaire. Le cinquième jour survint une garde-robe, la plaie était alors cicatrisée.

Le dixième jour après l'opération, la malade put sortir de l'hôpital.

La malade du D^r Gerdes intéresse surtout :

1^o Par l'absence du sac herniaire dont nous avons dit un mot en traitant l'anatomie pathologique ;

2^o Par une masse graisseuse cheminant à travers le tissu cellulaire sous-cutané jusqu'au bord antérieur du pectiné ;

3^o Par la grosseur de la hernie qui avait dû mettre un long temps à se former.

OBSERVATION IV

(Borck de Rostock, *Arch. f. klin. Chir. Berl.*, 1893, XXVIII, 453, 470.)

Mme M..., de Wormunden, cinquante-neuf ans; atteinte depuis plusieurs années de toux rebelle. Depuis des années aussi, elle

souffrait de violentes douleurs à l'articulation coxo-fémorale droite qui l'empêchaient de faire des marches prolongées.

Le 16 février de cette année, à midi, la malade voulut monter deux gros seaux d'eau au deuxième étage, lorsqu'elle fut atteinte d'une forte quinte de toux, pendant laquelle une douleur intense se manifestait dans la région inguinale droite qui s'irradiait vers l'articulation coxo-fémorale et sur la partie antérieure de la cuisse jusqu'au genou. La malade montait encore jusqu'à l'appartement de ses enfants et se couchait dans le courant de l'après-midi après avoir encore marché à plusieurs reprises dans la chambre avec des douleurs très intenses. Le soir, vomissements alimentaires; dans la nuit, vomissements fécaloïdes. Les douleurs et les vomissements ont continué jusqu'à l'admission de la malade à l'hospice, le soir du 18 février. Pas de selles depuis le commencement de la maladie; pas de gaz; la sécrétion urinaire réduite au minimum. La malade, de constitution maigre et faible, se trouve dans un état d'épuisement extrême: elle a été tourmentée continuellement par un sentiment de malaise, par des vomissements répétés de matières fécales. Symptômes d'étranglement. Les orifices du canal inguinal et crural sont libres; la région des adducteurs au-dessous du ligament de Poupart est un peu saillante.

La malade n'accuse aucune douleur à la pression sur ces régions, ni si on exerce une pression sur la région du trou obturateur, ni au toucher vaginal. La douleur ne se fait sentir que quand on fait un mouvement de rotation en dehors, sous les adducteurs s'irradiant vers l'articulation coxo-fémorale et le genou. Anurie presque complète.

L'abdomen fut ouvert par une incision allant de l'apophyse xyphoïde à la symphyse. Anse intestinale étranglée dans le canal obturateur. Cette anse, complètement gangrenée, fut amenée au dehors et réséquée. Les deux bouts de l'intestin furent réunis par la suture en étage de Czerny et abandonnés. Immédiatement après l'opération, l'action cardiaque se relevait chez la malade, on apercevait même le pouls radial gauche qui avait disparu un peu avant l'opération. Le pouls restait bon et vigoureux pendant les vingt-quatre heures qui suivirent et l'état général était amélioré. Les

douleurs autour du nombril disparaissaient, il n'y avait plus de vomissements. La malade se plaignait qu'on ne lui donnait pas assez à manger et à boire. Le lendemain de l'opération, vers le soir, il y avait subitement collapsus et la malade mourait.

Autopsie. — Intestin grêle ballonné dans toute son étendue ; la séreuse est injectée, trouble et dans le voisinage de la valvule iléo-cæcale des sédiments membraniformes gris blanc faciles à enlever. Les canaux inguinaux sont très larges. Dans le trou oval, il y a une boutonnière dans laquelle peut entrer juste la pulpe du petit doigt d'un adulte. La suture de l'intestin à 80 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale. Suture intacte. A l'endroit opéré l'intestin est perméable aisément au doigt médus ; la membrane muqueuse y est très injectée et imbibée de petites hémorragies. La région obturatrice présentait en dedans le muscle obturateur interne ; près du bord supérieur du trou obturateur se trouve l'anse herniée réséquée ; au bord externe et inférieur, les vaisseaux et nerf obturateur. Nerf en dehors, artères au milieu, veines en dedans. Quittant l'artère, sortant de l'hypogastrique, l'artère pubienne avec sa veine contourne la partie inférieure du col de la hernie pour se diviser sur la face intérieure du pubis horizontal dans ses terminaisons.

Sur la face extérieure de la pièce, le muscle pectiné et tout le groupe des adducteurs sont séparés plus ou moins de leur origine.

Entre la portion supérieure et moyenne du muscle obturateur s'est glissée une hernie de la grosseur d'un œuf de poule qui écarte fortement les deux parties. La surface de cette hernie est en général lisse ; on voit seulement à quatre endroits des bosselures de moyenne grosseur. Deux resserrements, un plus profond sur la face intérieure, un moins profond à l'extérieur, partage la hernie en deux moitiés reliées entre elles par un pont large de 2 centimètres. Au bout du resserrement intérieur est l'artère ; au bout du resserrement externe un rameau du nerf obturateur. La hernie s'est donc glissée entre le nerf et l'artère ; de là probablement déviation de la hernie et formation de deux étranglements. La résistance de la hernie et les bosselures ont leur cause dans l'accumulation du tissu graisseux.

OBSERVATION V

(Von Rogner-Gusenthal, *Wien med. Presse*, 1893,
XXIV, 1009-1014.)

Maria N..., lavandière, soixante-six ans, veuve depuis quatre ans, pas d'enfants. Elle dit être tombée il y a vingt ans; immédiatement après, des douleurs dans la région abdominale avec vomissements. Ces symptômes s'amendèrent bientôt, la malade se remit, et le médecin alors appelé lui fit porter un bandage pour hernie crurale, qu'elle garda jusqu'à ce jour. De temps à autre, surtout après des efforts corporels, les vomissements réapparaissent et la douleur se fait sentir au niveau de la région crurale. Au commencement d'avril de cette année, la malade, après une longue période de bien-être, fut de nouveau atteinte de violentes douleurs (de brûlures, selon son expression), dans la région crurale, s'accompagnant de vomissements et d'ischurie qui cessent par l'administration de bains chauds. L'état général s'améliore de nouveau, mais la malade, sans appétit, maigrit. Le 10 avril, dernière selle, et dès lors, plus de gaz. Après cette dernière selle, violentes douleurs, la malade dut s'aliter. Les vomissements cessèrent jusqu'au jour de son admission à l'hôpital (3 mai). Depuis plusieurs mois, la malade présentait avec interruption, le signe de Romberg, qui, partant de la région interne, s'irradiait jusqu'au pied. D'autres indications ne pouvaient être données que par une étude approfondie après l'opération.

4 mai. — Constipation faible, alimentation mauvaise, peau pigmentée, foncée, molle, état général marasmatique. Pas de fièvre, langue chargée, abdomen quelque peu météorisé au niveau du thorax; au toucher, pas de résistance.

La malade se plaint de douleurs dans la région interne du canal inguinal, ainsi qu'autour du nombril. Sous le ligament de Poupart, à la cuisse est un ballonnement uni, recouvert par une peau normale; la pression dans cette région occasionne de la douleur, et l'on sent de légères fluctuations dans sa profondeur. Le triangle inguinal, principalement vers la symphyse, est légèrement cédé-

matié. Sous l'effet d'un léger taxis dans la région inguinale, s'entend un gargouillement. Vomissements fécaloïdes.

Diagnostic : hernie crurale étranglée droite, et l'on diagnostique l'intestin gangrené, de telle sorte qu'à cause de l'inflammation du sac herniaire, on ne trouvait pas une tumeur herniaire propre, mais une tumeur diffuse, supposition corroborée par l'œdème.

4 mai. — Opération, incision de la peau de 8 centimètres de long, parallèle au ligament de Poupart. Le chirurgien cherche à dégager la région de la fosse ovale, pensant toujours trouver une hernie crurale. Tout en respectant la veine saphène et autres vaisseaux, l'auteur disséquait, comme il l'aurait fait sur le cadavre, le triangle de Scarpa.

L'anneau crural était libre, mais dans sa moitié inférieure, et un peu plus bas que l'endroit où siègent généralement les hernies crurales, se courbait en avant le muscle pectiné, en s'étalant. La ligne de courbure présentait de notables fluctuations, et paraissait plus profonde que dans les hernies crurales. A la pression sur la tumeur, la malade, très affaiblie par les douleurs précitées et tenue par précaution sous une légère anesthésie, réagit. Les faisceaux du pectiné furent coupés en haut de la tumeur, et par cette fente, aussitôt que la pression fut abandonnée, sortit une hernie obturatrice de la grosseur d'un œuf de poule.

Par le palper de la hernie, on sentait parfaitement que le canal obturateur représentait son entrée, de telle sorte que l'os pouvait être senti en haut et en dedans, et qu'au contraire, en bas et en dedans, la membrane obturatrice formait une boutonnière, par laquelle la pulpe du doigt ne pouvait passer. La tumeur siège donc à la partie la plus supérieure du triangle de Scarpa. Le sac de la hernie pouvait être contourné par le doigt jusqu'au trou obturateur, à parois minces, très fortement injecté d'une coloration bleu foncé, et avec un commencement de gangrène. L'incision du sac fit voir l'ovaire droit avec sa trompe, gangrené, ainsi qu'un bout de l'intestin également gangrené, de la grosseur d'une châtaigne, le tout accompagné de 20 grammes d'un liquide épais, souillé, putride, et de couleur jaunâtre. L'intestin ne pouvait être tiré en dehors. Après avoir fixé le sac herniaire aux parois

environnantes, l'opérateur voulut, pour faire un anus contre nature, fixer par des points de suture circulaires, l'intestin au sac herniaire précédemment fixé, ce que la gangrène ne permit pas, car à chaque suture l'intestin se rompait. Tant bien que mal, l'intestin fut attiré en dehors, et au moyen de fils situés dans les quelques rares meilleures parties et qui contournaient toute la circonférence de l'intestin suturé à la suture du sac herniaire. A l'ouverture de l'intestin, s'écoula par un drain de grosseur moyenne, glissé dans l'intérieur, 1 litre d'un liquide jaune-vert et très putride. Ce même drain fut poussé fortement en haut par l'issue herniaire dans la partie afférente de l'intestin. Au-dessus de l'extrémité la plus antérieure, on introduisit un fort et long drain, afin de favoriser un léger écoulement du contenu de l'intestin.

Le drain fut fixé aux parties adjacentes, par un point de suture. Pansement à la gaze iodoformée traversé de part en part par le drain, fermé lui-même par un robinet.

5 mai. — La malade se sent mieux, pas de vomissements depuis l'opération. Toutes les trois heures on ouvre le robinet, il en sort un liquide considérable, jaune clair et très fluide. Toutes les trois heures cathétérisme. Température, 36, 37°2. Maux de reins. Grande excitation.

6 mai. — Langue chargée, un peu sèche, l'abdomen a diminué au niveau du thorax un peu douloureux.

Le malade se plaint de sa faiblesse, pas de vomissements, pas de gaz. Ecoulement minime du contenu intestinal, même couleur et même consistance. Température 36°2 et 36°4.

7 mai. — Malade de plus en plus faible, douleur plus grande quand elle prend quelque chose ; elle se plaint de cracher difficilement. Température 36-36.

8 mai. — Collapsus. Température, 36 degrés, 35°4, langue très sèche, fendillée, la malade n'a plus de voix, de force, pouls petit, répété, douleurs permanentes dans le ventre. Défécation par le drain, réduite au minimum. Injection d'éther, etc.

9 mai. — Malade toujours plus basse. Gargouillements dans les poumons. La malade se plaint de son impossibilité de cracher. Collapsus. Mort.

Autopsie. — La partie inférieure de l'intestin grêle complètement contractée et située au fond du petit bassin, contraction très forte du gros intestin. Une partie de l'intestin grêle, et cela à environ 2 mm. 50 de la valvule iléo-cæcale, paraît tiré d'arrière en avant de gauche à droite, du côté de la paroi du bassin, sous la forme d'une longue anse qui passe comme un pont et selon la direction précitée dans le petit bassin et fixée dans le trou obturateur.

Cette anse est située de telle façon que sa partie afférente dilatée, mais molle, est dirigée vers la droite, tandis que la partie afférente et contractée est située à gauche. Celle-ci se recourbe en bas tout d'abord dans le petit bassin, prend peu après une direction ascendante sur les parois latérales se dirigeant du côté du cæcum.

L'utérus est recouvert dans sa moitié droite par cette anse contractée. Celui-ci se trouve dans le petit bassin debout, situé à la partie antérieure de la vessie peu remplie et principalement logé sur la partie droite de cet organe. Le ligament large gauche, avec la trompe et l'ovaire atrophié, se développe librement le long de la paroi du bassin, sur la gauche. L'examen des rapports du canal obturateur droit donne tout d'abord l'introduction de l'anse mentionnée dans le canal. Les parois de cette ouverture sont noir-vert, finement velus, très pourris. Le mésentère adjacent est coloré en vert sale ; la partie supérieure de l'intestin est fixée dans le canal obturateur et ne se laisse pas attirer. Le péritoine des parois du bassin se replie vers l'issue de l'ouverture et descend dans le canal obturateur. Par exploration en dehors du canal, on arrive avec la sonde à l'incision en forme de fente du muscle pectiné. Après avoir fendu la paroi antérieure du sac par incision à la paroi du bassin, on trouve une vaste cavité dont les parois sont formées en grande partie par du péritoine sphacélé, incolore, en partie transformé en bouillie qui descend dans le trou obturateur. A l'intérieur du sac, se trouve une anse intestinale d'environ 4 centimètres, coloré en un vert-noir sale, presque entièrement désagrégée, avec adhérence très légère à la partie afférente de l'intestin ; le mésentère est tout à fait détaché de sa portion afférente.

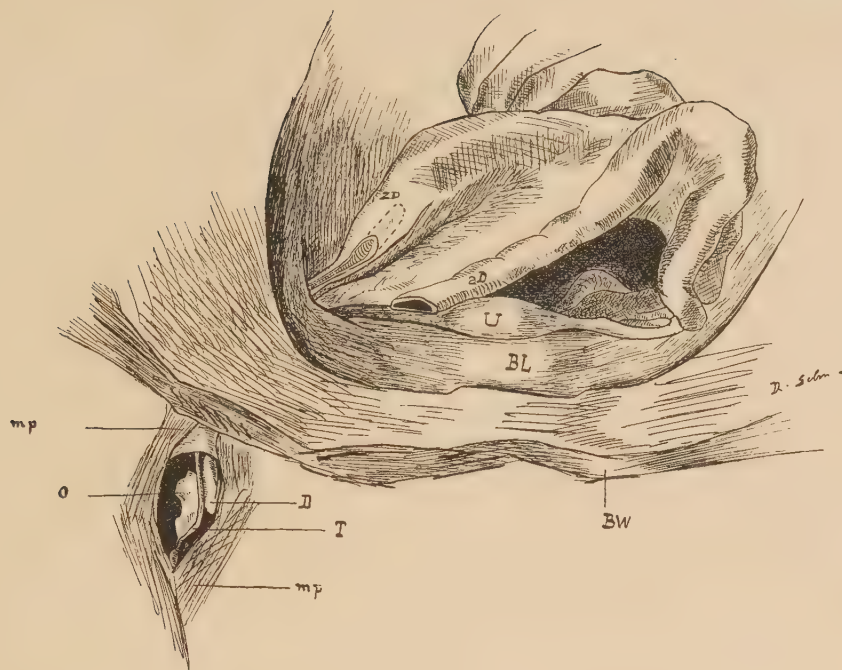
Après érignation de l'intestin, on voit que la trompe droite avec

le ligament large et l'ovaire se trouvent aussi dans le sac et que par cela l'utérus est attiré du côté du canal.

Cette partie du ligament large est séparée de l'utérus par une ligne de démarcation d'un rouge sale très intense, de la largeur d'un pouce environ qui est infiltrée de matières purulentes reposant sur l'utérus par son fond. Les autres annexes qui se trouvent dans le sac sont sales, noirs, brun vert, très mous, particulièrement l'ovaire, dont le tissu purulent rend sa forme presque méconnaissable.

Après l'évacuation du sac herniaire, on ne peut plus mesurer sa capacité à cause du mauvais état des tissus entourant l'incision. Le suc est étranglé dans le canal obturateur qui n'est praticable que pour une sonde de 17 millimètres de diamètre. Le péritoine sur les parois abdominales est plissé, facile à dissocier. Sur le côté gauche, à la place du canal obturateur, le péritoine est également plissé, facile à dissocier, et l'on voit même un sac déjà gros comme un haricot qui fait hernie dans le canal obturateur, large comme le petit doigt.

Cette très intéressante observation est la quatrième dans laquelle se montre une présentation des organes sexuels féminins. Elle est remarquable aussi par la lenteur du développement de la forme herniaire et l'enfoncement dans le canal du côté opposé : les symptômes précurseurs de l'étranglement y sont d'un grand intérêt. (Voir la figure ci-après.)



La petite figure représente les portions écartées du muscle pectiné et le sac herniaire ouvert, avec l'intestin et les annexes de l'utérus.

La grande figure représentant le bassin laisse bien reconnaître la version de l'utérus et de la trompe à droite et son entrée dans le canal obturateur. Pour rendre la figure plus claire, les deux parties réséquées de l'intestin ont été érigées en haut. En pointillé, on a représenté les drains :

- D. Etranglement de l'intestin.
- O. Ovaire.
- T. Trompe.
- mp* Muscle pectiné.
- B. W. Paroi abdominale.
- BL. Vessie.
- U. Utérus.
- aD*. Partie afférente inférieure.
- ZD*. Partie afférente supérieure.

CONCLUSIONS

I. La hernie obturatrice est rare; mais comme elle passe souvent inaperçue, elle deviendra de moins en moins rare au fur et à mesure que l'on y pensera plus souvent et que le diagnostic en sera mieux fait.

II. Elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, survient à tous les âges, même dans l'enfance. Elle est plus fréquente à partir de soixante ans.

III. Bien que difficile, le diagnostic de la hernie obturatrice peut le plus souvent être fait lorsqu'aux données résultant de l'examen de la tuméfaction, de l'exploration de la sensibilité locale, au signe de Romberg, on ajoute les constatations fournies par le toucher vaginal ou rectal.

IV. Lorsque la hernie a franchi le canal sous-pubien, elle se présente sous forme d'une légère tuméfaction du volume d'une noisette à celui d'un œuf, siégeant à la partie interne et supérieure de la cuisse, un peu plus bas et un peu plus en dedans que la hernie crurale; près du scrotum chez l'homme et de la grande lèvre chez la femme.

V. L'opportunité du taxis se fera rarement sentir; si toutefois il est tenté, on le fera avec les plus grandes précautions; et si on échoue, ce qui arrive ordinairement, on devra pratiquer l'opération sanglante à plus bref délai.

VI. Les accidents même passagers qui marquent l'évolution d'une hernie obturatrice doivent toujours être considérés comme les degrés plus ou moins intenses de l'étranglement et traités comme tels.

VII. Toute hernie obturatrice reconnue sera traitée par l'opération le plus tôt possible, qu'il s'agisse de lever un étranglement dont elle est le siège ou de prévenir l'explosion d'accidents ultérieurs en pratiquant la cure radicale.

VIII. L'opération sera faite d'après les procédés de Trélat, Picqué, Englisch que nous croyons les meilleurs jusqu'à présent, mais elle sera surtout pratiquée par une incision aussi large que le cas l'exige, faite au niveau de la tuméfaction siégeant à la racine de la cuisse : le débriement en particulier doit autant que possible être fait à découvert, afin d'éviter la blessure des branches de bifurcations de l'artère obturatrice.

IX. La laparotomie ne sera jamais pratiquée quand on sera sûr de son diagnostic à moins de difficultés trop grandes (qui se rencontrent rarement), au lieu d'élection : toutefois quand on hésitera, il vaudra mieux faire la laparotomie exploratrice que de rester dans l'expectative, si l'état du malade est en danger.

X. Le sac herniaire peut ne pas exister.

Vu, bon à imprimer :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
M. POLLOSSON

Vu, bon à imprimer :
POUR LE DOYEN,
L'ASSESEUR,
LEPINE

Vu, bon et permis d'imprimer :
POUR LE RECTEUR, ET PAR DÉLÉGATION,
LE DOYEN DE LA FACULTÉ DES SCIENCES,
J. RAULIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Renaulme de Lagarenne. Essai d'un traité des hernies nommées descentes. Discours pour l'ouverture de l'Ecole de chirurgie, Paris, 1726, p. 95.
- Le Croissant de Garengeot. Mémoire sur plusieurs hernies singulières. Mémoire de l'Académie royale de chirurgie, Paris, 1743, t. I, p. 709, et Paris, 1787, t. I, p. 699.
- Cooper (Assley). The anatomy and surgical treatement of crural and umbilical hernia, etc. London, 1807. Œuvres chirurgicales, traduction par MM. Chassaignac et Richelot, p. 369, Paris, 1835.
- Cloquet (J.). Hernie obturatrice, 1816. Pathologie chirurgicale. Thèse de concours, 1831.
- Sanson. Art. HERNIE OVALAIRE, dans le Dict. de méd. et de chirurg., en 16 vol., t. IX, p. 607.
- Cruveilhier. Anat. path. in-folio, 1832. In. Bulletin de Société anat., p. 134, 1839.
- Tripier. Mode de formation de la hernie du trou sous pubien, thèse de Paris, 1840.
- Vinson. De la hernie sous-pubienne, thèse de Paris, 1844.
- Olivaris. In Journal de chirurgie de Malgaigne, t. III, p. 340. 1845.
- Romberg. In Dieffenbachs operative Chirurgie, b.-ü. Liepzig, 1848.
- Chassaignac. In Bulletin de la Société de chirurgie, 1851-1852, p. 193, et 1871, p. 163.
- Roman Fischer. Beiträge zur Lehre, über die Herni aobturatoria, Luzern 1856.
- Trélat (U.). In Bull. de la Société de chir., 1872, p. 525.
- Nicaise. Dict. encycl. des sciences médicales, 2^e série, t. XIX, 1^{re} partie, p. 117, art. H. obt.

- Pitha et Billroth. Handbuch der allgemein und speciellen chirurgie, par Dr Schmidt. Leipzig, 1881.
- Pimbet. Thèse de Paris, 1882.
- Fr. Grunfeld. Om hernia foraminis aialis afhande, for Doetorgr., s. med., Copenhagen, 1883.
- C. Brumer. Herniologische Beobachtungen. Beiträge zur klin. Chir., 1889, t. IX, p. 262 et 287.
- S. Auerbach. Munch. med. Woch., 1890, t. XXXVII, p. 737, 754 et 774.
- Krönlein. Ueber die Bedeutung des Howship-Romberg'schen symptomencplexes, Beitr. zur klin. Chir., 1890, t. VI, p. 195.
- Englisch K. K. Gesellsch des Aerzl. in Wien, 7 nov. 1890
- Englisch. Ueber Hernia obturat. Leipzig. Wien., 1891.
- Piqué et Poirier. Etude sur la hernie obtur. Revue de chirurgie, 1891, t. XI, p. 693.
- Englisch. Sep. abdr. aus der Wien. klin. Woch., 1891, n° 50.
- Berger. Rapport sur une observation de hernie obt. commun. par le Dr Piqué. Soc. de chir., Paris, 1891, p. 1, xvii, 715-724.
- Mason. A case of strangulated obturator hernia recovery. St-Barth. Hosp. Rep. Lond., 1891, XVII, 65-70.
- Wyman. On strangulated obturator hernia with report of case cured operation. Ann. Surg. Philo., 1893. XVII, 57-60.
- Von Rogner-Gusenthal. Ueber einen Fall. von Hernia obturatori. incarcerata completa mit vorlog. der Tuba und der Ovariums. Wien. med. Presse, 1893. XXIX, 1009-1014.
- Borck. Ein Fall von Hernia obtur. Arch. f. klin. Chir. Berl., 1893. XXVIII, 453-470.
- Gerdes. Ein Fall von Hernia obt. incar. Deutsche med. Woch. Leipzig, in 13 avril 1895, XXV, 53.

TABLE

INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER. — Historique	7
CHAPITRE II. — Etiologie.	9
CHAPITRE III. — Symptomatologie.	15
CHAPITRE IV. — Anatomie pathologique.	23
CHAPITRE V. — Diagnostie	41
CHAPITRE VI. — Pronostic	46
CHAPITRE VII. — Traitement	47
CHAPITRE VIII. — Observations	54
Figure.	65
CONCLUSIONS.	67
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	69

